

LA PAZ COUNTY SHERIFF'S OFFICE

1109 Arizona Avenue

Parker, Arizona 85344

Attention: VIP Program Coordinator

Programa de exceder para Jubilados / Mayores de edad (SCOP)

Este programa es un esfuerzo de exceder diseñado por el departamento del Sheriff del Condado de La Paz para los ciudadanos que viven solos, que por cualquier razón es minusválido establecidos a domicilio. Los miembros de "Voluntarios con en el programa de Protección" (VIP) comprobarán en el bienestar de los participantes (SCOP) por medio de llamadas personales y/o visitas a sus hogares sobre una base regular. *Este servicio se proporciona gratuitamente.*

Los Miembros de "Voluntarios de Protección" estan compuestos de ciudadanos que ofrecen voluntariamente su tiempo para ayudar a mejorar la calidad de vida en sus comunidades. Ellos son reconocibles por los uniformes y por sus vehiculos marcados por el Sheriff.

Se lleva solamente un momento para inscribirse en este programa de SCOP. Usted y su familia puede estar seguros al conocer a hombres/mujeres entrenados de los Voluntarios en Protección mirarán por su bienestar.

POR FAVOR DE LLENAR ESTA APLICACION Y ENTREGARLA AL SHERIFF DEL CONDADO DE LA PAZ

PETICION DE SERVICIO PARA EL PROGRAMA DE EXCEDE PARA LOS JUBILADOS/MAJORES DE EDAD (SCOP)

Nombre de Participante: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Solicitado Por: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO

Por Telefono: _____ Dia: _____ La Hora: _____ Con que frecuencia: _____

Visita Personal: _____ Dia: _____ La Hora: _____ Cada Cuando: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Familia / Vecino / Amistad)

Nombre: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____

Nombre de vecino mas cercano: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____

MEDICO (Familia / General)

Nombre de su Medico: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____

Cuál es su situación actual de salud?

Requiere usted una continua supervisión médica o una medicación especial ? _____

Es alérgico(a) a alguna clase de medicación? _____

Formulario del Programa Exede para los Jubilados (SCOP)

SCOP Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Solicitado por: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

COMENTARIOS:
